

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RT-PCR PARA COVID-19

Declaro para todos os fins que solicitei e concordo em submeter-me ao teste RT-PCR para Covid-19, disponibilizado gratuitamente pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, com sede no Setor Bancário Norte, Quadra 2, Bloco L, Lote 06, Asa Norte, 70040-020, na cidade de Brasília/DF, inscrita no CNPJ/MF sob o nº: 00.889.834/0001-08.

Declaro estar ciente que:

- Serei submetido ao teste RT-PCR, utilizado para diagnóstico da Covid-19, cuja confirmação é obtida a partir da detecção de RNA do Sars-Cov-2 na amostra analisada.
- A coleta da amostra será realizada por meio de raspagem, com swab (tipo de cotonete), de amostras de secreção da nasofaringe (nariz) e/ou da orofaringe (garganta) para detecção de material genético ativo do coronavírus Sars-Cov-2, de acordo com as orientações descritas pela Organização Mundial de Saúde, pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, conforme resoluções publicadas.
- A coleta pode ser feita a partir do 3º dia após o início dos sintomas e até o 10º dia, pois ao final desse período, a quantidade de RNA viral tende a diminuir.
- No caso de pessoa sem sintoma, que teve contato com pessoa diagnosticada com Covid-19, recomenda-se que a coleta seja realizada entre o 5º e o 10º dia após último contato com o caso confirmado.
- Em caso de resultado positivo, fui orientado a procurar atendimento médico e estou ciente de que só poderei retornar às atividades presenciais na Capes, quando houver liberação médica ou tiver transcorrido 10 dias da data do resultado do exame.
- O resultado do teste será compartilhado com a área responsável da CAPES para fins de tomadas de providências necessárias em caso de resultado positivo e para possibilitar o retorno seguro ao trabalho.

Assim, declaro que li, entendi e concordo com o presente **TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RT-PCR para Covid-19**, sendo que nada tenho a me opor quanto às suas disposições e assino abaixo.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Identificação:  Servidor  Terceirizado  Estagiário  Outros